

**T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
YABANCI DİLLER YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

...../...../.....

..... tarihinde yapılacak olan Ortak Zorunlu Yabancı Dil Muafiyet Sınavına girmek istiyorum.
Gereğini saygı ile arz ederim.

Adı Soyadı :-----

İMZA

Öğrenci No :-----

Fakülte/Yüksekokulu :-----

Bölümü :-----

Yabancı Dil :-----

NOT : SINAV YERİ VE SAATİ TARİHİNDE YÜKSEK OKULUMUZDA DUYURULACAKTIR.

ADRES :

.....

.....

EV TLF :

CEP TLF :